№ 3. Wien, Freitag den 18. Jänner 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische

Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium

der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban.**

Ist Delabarre's Anaesthesimeter in der Praxis anwendbar?

Von Prof. ***v. Patruban.***

Der wissenschaftliche Drang, auch in der Praxis den Gang einzuhalten, welchen die Naturwissenschaften dem denkenden Heilkünstler vorzeichnen, bewog den französischen Arzt Delabarre, einen Apparat zu construiren, welcher die Receptivität der Kranken für eine beabsichtigte Narkose prüfen und messen soll, um so dem Arzte als Regulator für die entsprechende Menge und Dauer der anzuwendenden Chloroformdämpfe dienen zu können. Dieser Apparat, welchen D. in einem eigenen Memoire: »de l'anesthésimètre. Paris 1860« beschrieb, hat die Form eines Chibouk oder des von den Orientalen zum Rauchen benützten Narghileh: ein an der äusseren Fläche graduirter Recipient misst nämlich die Menge des enthaltenen und abdunstenden Chloroforms. Der den Recipienten oben schliessende Pfropf ist mit dem doppelt gebohrten Charrière'schen Hahne versehen; auch dieser ist graduirt, um nach Wunsch die austretenden Chloroformdämpfe, mit mehr oder weniger atmosphärischer Luft gemengt, zur Einathmung gelangen lassen zu können. An diesem Hahn ist das Inhalationsrohr befestigt. Der Kranke führt nun das Rohr selbst in den Mund und beginnt die Dämpfe, wie beim Tabakrauchen einzuziehen, der Operateur öffnet dann succesive den Hahn mehr weniger und vermittelt so die Mengung der Chloroformdämpfe mit der atmosphärischen Luft nach seiner Willkür. Dieses Manöver soll so lange fortgesetzt werden, bis das Rohr dem Kranken entfällt, diess sei nach D. der Moment, wo die Operation zu beginnen habe. Dr. Legrand du Saulle bevorwortet in der Gazette des hopitaux (Nr. 143, 1860) diesen Apparat, welchen er für sehr verwendbar hält, und glaubt, durch die Einführung dieser Methode in die Praxis fortan die Möglichkeit des Chloroformtodes auszuschliessen. Bei dem Umstande, dass in der Jetztzeit die Anwendung der Chloroformnarkose nicht nur dem operirenden Chirurgen, sondern auch jedem Arzte geläufig sein soll, da man nicht nur bei Operationen, sondern auch zuweilen bei internen Krankheiten. z. B. Neuralgien, Convulsionen, asthmatischen Zufällen u. s. w. zu dieser Encheirese seine Zuflucht nehmen muss, hielt ich es nicht für überflüssig, meine aus einer nicht unbedeutenden Zahl von Beobachtungen, welche ich theils in der Privatpraxis, theils auf der Klinik des Prof. Schuh, die ich in den Jahren 1850—1856 fast täglich besuchte, um den dort vorgenommenen Operationen beizuwohnen, zu machen Gelegenheit hatte, abstrahirten Erfahrungen als Masstab zur Beurtheilung dieses Apparates mitzutheilen, indem ich das Allbekannte übergehe, und nur das praktisch Wichtige berühre. Ich halte mich überzeugt, dass 1. bei diesem Apparate die Einleitung der Chloroformdämpfe durch die Mundhöhle dem Kranken viel unangenehmer sei, als durch das Einziehen derselben durch die Nasenhöhle; Hustenreiz, Brechneigung, da manche Kranke die Dämpfe mehr verschlingen, als einathmen, treten jedenfalls viel früher und häufiger ein; auch ist zu bedenken, dass das Einziehen per os viel mehr Selbstwollen des Kranken voraussetzt, als die Application eines in breiter Fläche verdampfenden Schwammes, der Baumwolle oder eines Tuches vor der Nase, in welchem Falle das Einathmen fast instinctartig geschieht.

2. Das von D. angegebene Entgleiten des Rohres aus den Händen des Kranken dürfte nur in den wenigsten Fällen als ein sicheres Zeichen der eingetretenen Empfindungslosigkeit gelten, da unzählige, genaue Beobachtungen lehrten, dass die Willenskraft bezüglich der Muskelbewegungen vollends gebrochen sein kann, ohne dass die Empfindlichkeit sich so weit gemindert hat, dass die Kranken nicht eine, selbst leise Berührung verspüren. Wehe aber dem Operateur, welcher sich verleiten lässt, in diesem Zustande der Halbnarkose die Operation zu beginnen, wenn nämlich eine solche sich nicht etwa nur auf das Ausziehen eines Zahnes, auf eine Abscessöffnung u. dgl. bezieht, sondern eine längere Zeit in Anspruch nimmt.

3. Bezüglich der Empfänglichkeit der einzelnen Individuen für die Narkose gilt wohl im Allgemeinen, dass Kinder, zarte Frauen, Personen, welche sehr nüchtern und mässig zu leben gewohnt waren, schneller und volllkommener in das Stadium der Narkose treten, als sehr kräftige, lebhafte, dem Weine und Alcohol ergebene Individuen.

4. Sehr fein gebildete, insbesonders durch das Lesen medicinischer Schriften mit den Resultaten der Narkose

schon von vornherein vertraute, sehr ängstliche, durch eine längere Zeit mit Zagen die Operation erwartende Kranke sind in der Regel viel schwerer zu narkotisiren, als stupide, dem ganzen Manöver keine besondere Aufmerksamkeit schenkende Personen. Ich erinnere mich eines Falles, bei welchem auch die Herren Professoren Hamernjk, Blažina und Maschka zugegen waren, in welchem der Versuch mit nahe 2 Unzen Chloroform durch eine volle halbe Stunde ohne Resultat blieb, da der Kranke mit grosser Angst der seit Wochen in Aussicht stehenden Operation (Neurotomia nervi infraorbitalis) entgegensah und daher ungemein aufgeregt war. Am nächsten Tage gelang es mir, diesen Refracteur mit 2 Drachmen desselben Chloroforms in 2 Minuten vollständig zu narkotisiren, und die Operation mit der grössten Ruhe, wie am Cadaver zu vollführen, für welche eigenthümliche Erscheinung doch kaum ein anderer Erklärungsgrund gelten kann. Kranke, welche während der Operation ein Colloquium mit dem Operateur halten, welche mit grosser Geistesspannung die Empfindungen bei jedem Athemzuge schildern, dabei die Furcht äussern, man soll noch nicht mit der Operation beginnen, da sie den Moment schon selbst bezeichnen würden, sind gewöhnlich ausserordentlich schwer oder gar nicht zo narkotisiren. Dass Fälle von wahrer Tobsucht in dem ersten Stadium der Narkose eintreten, so dass die Kranken wie rasend herumschlagen, aufspringen, der ganzen Umgebung Gefahr drohen, ist eine so hinlänglich bekannte Thatsache, dass es genügen dürfte, nur in Kurzem darauf hinzuweisen.

Ueberhaupt habe ich die Erfahrung gemacht, dass der Gehörsinn verhältnissmässig später erlahmt und dass man sehr wohl thut, in der Nähe des zu Cloroformirenden absolute Stille eintreten zu lassen. Insbesonders ist eine Besprechung mit dem Assistenten bezüglich des Operationsplanes, der Handhabung der Instrumente u. s. w. zu vermeiden: da die Erregung des Gehörnerven offenbar hemmend auf den gewünschten Erfolg einwirkt; manche Personen werden im ersten Stadium der Narkose scharfhörig und vernehmen die leisesten Geräusche; ich sah mich z. B. mehrmals genöthigt, eine markirt gehende Pendeluhr stehen zu lassen, da das Hören des Tik-Tak des Pendels die Ruhe des Patienten und somit die gewünschte Anästhesirung hintanhielt.

So musste ich im Verlauf des vorigen Herbstes die beabsichtigte Ausschälung eines Kindskopfgrossen Lipoms in der Nackengegend ganz aufgeben, da der, allerdings durch Monate mit ungeheuerer Aengstlichkeit die Operation anhoffende Kranke im Momente des Eintretens der ersten Zeichen der Narkose durch das Schluchzen seiner im Nebenzimmer weilenden Ehegattin derart aufgeregt wurde, dass er furibund aufsprang und nur mit Mühe von mir und den drei die Assistenz leiten wollenden Collegen so weit zurückgehalten werden konnte, auf dass er sich nicht selbst oder seine Umgebung verletzte, oder sich dem Fenster näherte, um durch einen Sprung aus demselben zu entfliehen, da in ihm die Wahnidee entstanden war, man wolle bei ihm mit Gewalt zur Operation schreiten. Nach einigen Minuten war wieder die Gemüthsruhe eingetreten; der im übrigen sehr gebildete und in jeder Beziehung sehr mässige Kranke bat um Vergebung, dass er die Aerzte beleidigte, fühlte Reue, wollte sich nochmals der Narkose aussetzen. Ich fand mich jedoch bewogen, die Operation zu verschieben, da ich die Erfahrung gemacht habe, dass diese zur Tobsucht führenden Wahnideen im gesteigerten Massstabe wiederzukehren pflegen.

Die Zeichen, welche nach meiner Erfahrung am sichersten den Moment bezeichnen, in welchem die Operation beginnen kann, ist 1. die jedem Praktiker hinlänglich bekannte Rollung des Augapfels nach ein- und aufwärts, 2. das Verbleiben der Bulbi in dieser Stellung und 3. das Nichteintreten von Reflexzuckungen, wenn man mit dem Zeigefinger über die Cornea der Augen streicht; wenn die im normalen Zustande so hohe Empfindlichkeit der vorderen Fläche des Bulbus geschwunden, dann kann man mit Beruhigung das Messer ergreifen und die Operation beginnen. Alle anderen, selbst in den besseren chirurgischen Handbüchern beschriebenen Kennzeichen, wie das lähmungsähnliche Herabfallen der aufgehobenen Hände, das tiefe, an Sopor erinnernde Inspiriren mit schnarchender Resonanz der Umgebung der Stimmritze, das Nichtreagiren auf Kneipen der Haut oder auf Nadelstiche, sind unsicher und garantiren nicht für die Unempfindlichkeit des zu Operirenden in dem Augenblick, wo die vorzüglich schmerzvollen Momente der Operation eintreten. Das Sinken der Pulsfrequenz ist gleichfalls ein unverlässliches Zeichen und associirt sich in leicht erklärbarer Weise mit der Abnahme der Respirationsbewegungen.

Es ist übrigens überflüssig zu erinnern, dass die genaue Ueberwachung der Respirationsbewegungen, das sorgfältige Besehen der Gesichtszüge, das Betrachten des Colorits, namentlich der Lippen, die Ueberwachung des Pulses, sowie die Art und Weise des Blutens aus den durchschnittenen kleinen Gefässen jene Momente sind, welche ohne Aufhören den Operateur und dessen nächsten Assistenten beschäftigen müssen, damit im ersten Augenblicke des Eintretens der cyanotischen Färbung und des Nachlassens der Respirationsbewegungen durch kräftige Ventilation (daher die Fenster im Operationslocale zum schnellen Oeffnen vorbereitet sein sollen), durch Anspritzen des Gesichtes und der Thoraxwände mit kaltem Wasser in kräftigem Strahle (am besten mit einer Klystirspritze), durch Einleiten des künstlichen Athmens mittels Compression des Thorax nach Ulrichs Angabe die entsprechende Hilfe geschafft werde. Die von Einigen vorgeschlagene Application des inducirten Stromes, so wie das Einathmen von schon vorbereitetem Oxygen dürfte erst im Stadium einer protahirten, das Leben nicht momentan bedrohenden Asphyxie zur Anwendung kommen. In solcher Weise ist es mir gelungen, in acht sehr bedenklichen Fällen der Gefahr der Asphyxie Meister geworden zu sein, und jene Herren, welche die Güte hatten, bei diesen Operationen zu assistiren, hatten Gelegenheit, sich von der Wahrheit des hier Mitgetheilten zu überzeugen. Von diesen Operationen betraf eine die Castration eines sarkomatösen Hodens, eine die Exstirpation einer skirrhösen Brustdrüse, zwei die Exstirpation von sehr grossen, in der Achselhöhle nistenden Lipomen, zwei die Resection von Nerven, eine die Entfernung eines in das Achselnervengeflecht eingedrungenen Baumstammes und eine Herniotomie. Dieser Bruchschnitt wurde von mir bei einer 70jährigen anämischen, durch die lange andauernden Erscheinungen der Einklemmung sehr herabgekommenen Kranken vorgenommen; die Blosslegung der, einer Mannsfaust der Grösse nach entsprechenden Darmschlinge war ohne Schwierigkeit zu bewerkstelligen; dagegen sass die Einklemmung hoch oben im Bauchringe und konnte nur

durch starkes Vorziehen des Bruchsackhalses gehoben werden; gleich nach geschehener Zurückbringung der Darmschlingen trat ein vollkommener Collapsus ein; das Gesicht wurde livid, die Lippen cyanotisch dunkelroth, das Athmen hörte auf und es stellte sich das bekannte Bronchialknistern ein, welches dem vollkommenen Erlahmen der Respiration vorherzugehen pflegt. Nur durch das schnelle Oeffnen der Fenster, Eingehen des Fingers in die Rachenhöhle, Kitzeln der Stimmritze und durch die allsogleich eingeleitete rythmische Compression des Thorax als Nachahmung der Athembewegungen wurde der vielleicht in einigen Secunden später nicht mehr zu bewältigen gewesene Chloroformtod aufgehalten. Herr Dr. Skrabal und Wundarzt Strobel, welche assistirten, hatten mit mir vollauf zu thun, um das schon ersterbende Leben der Operirten zu erhalten.

So achtenswerth die Bestrebungen Delabarre's, für die Chloroformnarkose einen geregelten, nicht trügenden Moderator einzuführen, erscheinen mögen, so dürfte denn doch der vorgeschlagene Apparat niemals in Anwendung kommen, da es bei der Einleitung der Narkose, so wie bei jedem ärztlichen Handeln darauf ankommt, sich mit der Individualität des Kranken genau bekannt zu machen; eine Vorprüfung des Kranken, um seine Empfänglichkeit für Narkose zu bestimmen, ist unmöglich. Der gewissenhafte Arzt wolle, bevor er auf eigene Faust sich zur Anwendung der Anästhesirung anschickt, durch fleissiges Interveniren bei, von bewährten Praktikern vorgenommenen Operationen die nöthige Routine erwerben; diese lässt sich nicht am Studiertische, sondern nur auf Kliniken und im Spitaldienste erwerben.

Bericht über die auf der Wiener-Augenklinik des Professor Dr. Arlt im Studienjahre 1859 behandelten Kranken.

Bearbeitet vom Assistenten Dr. ***Businelli.***

(Fortsetzung.)

b) Cicatrices Corneae.

Mit Hornhautflecken wurden 11 Individuen (6 M. 5 W.) aufgenommen. Sämmtliche Flecke sassen mehr weniger im Centrum der Cornea und zwar viermal am rechten Auge, zweimal am linken und fünfmal an beiden Augen. In zwei der letzteren Fälle war die eine Hornhaut staphylomatös (einmal partiell, einmal total) und in einen Falle war Atrophie des einen Bulbus vorhanden. In 12 Augen war zugleich partielle vordere Synechie und einmal auch hintere Synechie und Linsentrübung vorhanden. Die vorausgegangenen Augenkrankheiten, welche die Hornhautnarben hinterlassen hatten, waren zweimal Conjunctiv. scrophulos. und die darauffolgende Keratitis mit Geschwürsbildung, einmal Blenorrhoea neonatorum und einmal gonorrhoische Bindehautblenorrhoe; in den übrigen liess sich aus den Anamnesen nichts Bestimmtes entnehmen. Zweck der Behandlung war, mit Ausnahme eines später zu erwähnenden Falles, die Besserung des Sehvermögens oder wenigstens die Erweiterung des Gesichtsfeldes durch Bildung einer künstlichen Pupille. Die Iridektomie wurde in 10 Fällen bei 13 Augen vorgenommen und in jedem Falle mit günstigem Erfolge. Nur bei einem Zöglinge des Blindeninstitutes, bei welchem in Folge von fast totaler leucomatöser Trübung beider Hornhäute schon von anderen Aerzten die Koremorphose versucht worden war, konnte man eine kaum merkliche Besserung des seit der ersten Kindheit sehr gesunkenen Sehvermögens durch die Iridektomie erzielen.

Der obenerwähnte Fall, bei welchem keine Irisausschneidung vorgenommen wurde, betraf einen 14jährigen Burschen, der seit einigen Jahren in Folge vorausgegangener Augenentzündungen eine eigenthümliche Trübung an der Hornhaut beider Augen trug. Die Cornea des rechten Auges zeigte nämlich in ihrer mittleren Partie eine linsengrosse, bläulich weisse, oberflächliche, etwas durchscheinende Trübung, welche von zahlreichen, durchscheinenden bläschenähnlichen, jedoch meist stumpfkonischen Erhabenheiten besäet war. Der peripherische Theil der Cornea war ringsherum vollkommen normal, wenn man von einigen zerstreuten Gefässen absieht, die durch die durchsichtige Zone zur getrübten Stelle hinzogen. Am linken Auge war die Cornea in grösserer Ausdehnung oberflächlich getrübt.

Diese Trübung bestand aus unzähligen, verschieden gestalteten punct- und mohngrossen halb durchscheinenden Erhabenheiten, welche der getrübten Partie ein eigenthümliches, rauhes Aussehen gaben; als ob eine auf dieser Stelle aufsitzende Ablagerung abgekratzt oder zerfallen wäre. Die so veränderte Stelle war mit einigen Blutgefässen versehen, die als Fortsetzung der episcleralen Gefässe sich verfolgen liessen. In den tiefsten Lagen der Trübung sah man punctförmige gelbliche Flecken, welche wie Kalkablagerungen aussahen. Die Iris, sowie die übrigen Gebilde des Auges waren normal. Nachdem die durch einige Tage versuchten Einstreuungen von Calomel keine Besserung bewirkten, wurde die rauhe Auflagerung zuerst am linken und später auch am rechten Auge mittels eines Staarmessers vorsichtig abrasirt. Der Kranke war narkotisirt, der Bulbus mit einer Pincette fixirt. Die Masse liess sich ziemlich leicht abtragen, zeigte aber eine ungewöhnliche Härte. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Schichte zeigte, dass dieselbe bloss aus Epithelialzellen bestand, die bei Behandlung mit kohlensaurem Natron einen deutlichen Kern zeigten. Die mässige Reaction wurde mit Eisüberschlägen bekämpft. Am 4. Tage nach der Operation war die abrasirte Hornhautfläche mit einer weissen, sulzigen Exsudatauflagerung überdeckt und ragte über das Niveau der übrigen Hornhautfläche hervor. Ringsherum war ein schmaler Gefässsaum vorhanden, welcher sich allmälig bis gegen das Hornhautcentrum erstreckte und so zu sagen, das weissliche Exsudat vor sich wegdrängte, während die Peripherie immer durchsichtiger wurde. Endlich blieb an der Stelle der abgetragenen Auflagerung eine ziemlich glatte, doch wenig durchscheinende Narbe, welche an ihrer Peripherie wieder einige neu entstandene kleine Bläschen zeigte. Die ganze Behandlung dauerte vier Wochen. Das Sehvermögen wurde bedeutend gebessert. Bei der Aufnahme erkannte er die Buchstaben Nr. 19 und 18 mit dem rechten, und mit dem linken Auge konnte er bei 6 Zoll Entfernung kaum die Finger zählen; bei seiner Entlassung las er mit ersterem Nr. 8, mit dem linken Auge sah er die Zeiger der Sackuhr bei 14 Zoll und einige Buchstaben von Nr. 15 bei 6 Zoll Entfernung. Er hatte sich aber gewöhnt, mit dem linken Auge die Gegenstände excentrisch zu fixiren, indem er beim genauen Sehen den Bulbus nach einwärts rollte.

c) Staphyloma Corneae.

Zehn Individuen (2 M. 8 W.). Die Verbildung war bei Allen nur an einem Auge vorhanden und zwar fünfmal am rechten und fünfmal am linken. Von diesen 10 Staphylomen waren 5 partiell und eben soviel total. Zwei weibliche Individuen mit Staphyloma totale blieben Ende Juli noch in Behandlung. Was die vorausgegangenen Augenkrankheiten betrifft, welche die Zerstörung des Hornhautgewebes bedingt hatten, so war in acht Fällen Blenorrhoe, in einem Falle scrophulöse Conjunct., in den übrigen nicht näher zu bestimmende acute Keratitis vorausgegangen. Von den fünf Total-Staphylomen waren eines halbkugelig (st. globosum), eines höckerig (racemosum), die drei übrigen stumpfconisch (conicum). Die partiellen Staphylome waren alle mehr weniger stumpfconisch. Hinsichtlich des sogenannten St. racemosum müssen wir hier bemerken, dass wir dasselbe als eine Uebergangsperiode des staphylomatösen Processes und nicht als eine selbstständige stationäre Form dieser Verbildung betrachten.

In einem Auge, in welchem schon früher wegen Symblepharon eine Operation vorgenommen worden war (s. den vorigjährigen Bericht), handelte es sich, den Augapfel zu verkleinern, um die Einlegung eines künstlichen Auges zu ermöglichen. Diess wurde dadurch bewerkstelligt, dass man aus der staphylomatösen gänzlich getrübten Hornhaut ein elliptisches Stück in der Richtung des Querdurchmessers herausschnitt. Nach Abfluss des hinter der verwachsenen Iris reichlich angesammelten Humor aqueus floss auch etwas Glaskörper heraus. Die Linse, welche man, da sie bei der Einführung der Scheerenspitze verletzt sein musste, entfernen wollte, kam nicht zum Vorschein. Trotzdem kam keine übermässige Reaction und die Operation hatte den gewünschten Erfolg.

Bei einem anderen kleinen partiellen Staphylom, bei welchem die vorhandene Pupille grösstentheils durch die Cornealnarbe überdeckt war, wurde zuerst die staphylomatöse Partie abgetragen und nach erfolgter Wiedervernarbung die Iridektomie vorgenommen. — In einem dritten Falle von partiellem Staphylom genügte die Ausschneidung eines grösseren Irissegmentes, um die intraoculäre Spannung zu mindern, wodurch die ektatische staphylomatöse Narbe sich allmälig der normalen Hornhautwölbung näherte.

In allen übrigen Fällen wurde die Abtragung des Staphyloms mittels Staarmesser, Pincette und Scheere vorgenommen, wobei in drei Fällen auch die noch durchsichtige Linse entfernt wurde. In einem dieser Fälle floss nach Entfernung der Linse etwas Glaskörper ab, worauf heftiger Schmerz und zugleich eine Choroidealblutung eintrat. Trotz des angelegten Druckverbandes, der Eisumschläge und sonstiger antiphlogistischer Mittel stellte sich bald Panophthalmitis ein und der Augapfel wurde schliesslich atrophisch.

In allen übrigen Fällen war der Verlauf normal.

d) Vulnus Corneae et Iridis.

Bevor wir zur Besprechung der Iritis schreiten, müssen wir hier eines Falles erwähnen, in welchem die Cornea und die Iris durch einen Metallsplitter verletzt waren. Ein Schlossergeselle kam eines Morgens auf die Klinik und gab an, es sei ihm am vorhergehenden Abende beim Meisseln des Eisens ein Stück dieses Metalles mit Gewalt ins Auge geflogen. Wir fanden am linken Auge einen über $^1/_2'''$ im Durchmesser haltenden keilförmigen fremden Körper von brauner Färbung, der am unteren Segmente der Cornea von vorne nach hinten, aber etwas schief eingedrungen bis ins Gewebe der Iris und vielleicht selbst zur Zonula Zinii reichte. Er war so tief eingedrungen, dass er nicht mehr über die Oberfläche der Hornhaut hervorragte. Die vordere Augenkammer war etwas grösser, die Pupille kleiner, die Iris schon etwas dunkler, nebenbei Röthe, Schmerz, Lichtscheue und Thränenfluss bei beginnender Iritis. Man schritt allsogleich zur Entfernung des fremden Körpers.

Patient wurde narkotisirt. Lider und Bulbus fixirt. Ein Rosas'sches Staarmesser wurde durch den unteren Theil der Cornea knapp unterhalb des fremden Körpers so ein- und durchgeführt, dass eine $1^1/_2$—$2'''$ lange, horizontal verlaufende penetrirende Wunde gebildet wurde. Nun führte Prof. Arlt eine gerade geriefte Pincette so in die vordere Kammer ein, dass er den fremden Körper von beiden Seiten fassen, ein wenig durch die Risswunde hervorschieben uud in dieser Stellung festhalten konnte; sofort fasste er den aus der Hornhautwunde jetzt hinreichend hervorstehenden Körper mit einer stärkeren, gerieften Pincette und konnte denselben jetzt vollständig und ohne Gewalt herausziehen. Gleich nach der Operation konnte man in der Iris, wo der fremde Körper war, eine Lücke bemerken. — Atropin, kalte Ueberschläge. Die Reaction war mässig und wurde durch Blutegel und Eisumschläge bekämpft. Nach zehn Tagen verliess der Schlosser geheilt die Anstalt. An der Cornea war eine unbedeutende Narbe sichtbar. Dieser Fall bleibt unerklärbar, wenn man nicht zugibt, dass hinter der peripheren Zone der Iris eine messbare Menge Flüssigkeit, eine hintere Kammer existire. Die Linse zeigte nirgends eine Spur von Trübung; die Lücke in der Iris war nicht mehr zu sehen.

IV. Krankheiten der Regenbogenhaut.

a) Iritis.

Es kamen mit verschiedenen Formen von Iritis 21 Individuen (11 M., 10 W.) auf die Klinik.

Das Leiden hatte seinen Sitz sechsmal am rechten, eilfmal am linken Auge und viermal an beiden Augen zugleich. Nach der Form der Affection lassen sich diese Krankheitsfälle folgendermassen theilen: achtmal Iritis rheumatica (immer nur an einem Auge), sechsmal Iritis scrophulosa (davon dreimal auf beiden), viermal Iritis chronica (davon einmal beiderseitig) einmal Iritis syphilitica und zweimal Irido-Chorioditis sympathica.

Im vorjährigen ausführlichen Berichte machten wir auf die Wichtigkeit der durch das ätiologische Moment bedingten Modificationen in Bezug auf Symptome und Verlauf aufmerksam und halten es für zweckmässig, jede dieser Formen einzeln zu besprechen. Der Kürze wegen wollen wir jedoch diessmal, um jede unnöthige Wiederholung zu vermeiden, nur den wichtigsten Fällen eine detaillirte Beschreibung widmen, dagegen die Fälle, in welchen der Krankheitsverlauf nichts Aussergewöhnliches darbot, bloss summarisch anführen.

Als Complicationen am erkrankten Auge hatten wir viermal Hypopium, sechsmal frische und zweimal alte, hintere Synechien, einmal förmliche Pupillensperre. Besonders schön waren in einem hartnäckigen Falle von Iritis scrophulosa bei einem 16jährigen Mädchen die bekannten punctförmigen Präcipitate auf der hinteren Hornhautfläche zu sehen und zwar am unteren Segment. Mit der Zunahme der

Affection flossen diese Puncte so zusammen, dass sie endlich eine ziemlich gleichmässige partielle Hornhauttrübung bildeten. Im Bereiche dieses Fleckes wurde die Cornea in ihrer ganzen Dicke locker; selbst die vordere Fläche war sehr matt. Die sehr energisch angewendeten Instillationen von Atropin hatten keine oder nur sehr flüchtige Wirkung auf die Pupillenweite, obwohl von Synechien keine Spur zu entdecken war. — Weitere Complicationen anderer drei Fälle waren: einmal Exsudate auf der Netzhaut (bei der Iritis specif.), einmal beginnende Cataracta, einmal Glaskörperflocken. Am anderen Auge, welches nicht Gegenstand der Behandlung war, war in zwei Fällen Atrophie des Bulbus und in einem Falle Staphyloma Corneae.

Am raschesten verliefen jene Fälle, welche in Folge von Verkühlung entstanden waren; viel hartnäckiger war dagegen die scrophulöse Form. Was die Behandlung betrifft, so wurde bei allen Fällen die gewöhnliche Lösung von Sulfas atropini (3 gr. auf eine Drachme Wasser) je nach der Pupillenweite ein oder mehrere Male des Tages eingeträufelt. Auf das Auge selbst wurde sonst nie etwas applicirt. Als örtliche Mittel an die Stirne und Schläfen wurden verschiedene Salben und zwar bei Iritis rheumatica gewöhnlich ein Ung. cin. c. opio, bei Iritis scrophulosa mit Ext. Belladonnae, später eine Jodkalisalbe angewendet. Blutentziehungen wurden selten und nur bei heftigen Schmerzen und starker Injection mittels Blutegel an die Schläfe oder Regio mastoidea vorgenommen. Die am häufigsten angewendeten innerlichen Mittel waren ausser leichten Purgantien bei der rheumatischen Form Tart. stibiatus refr. dosi, um die Hauttranspiration zu befördern; bei den scrophulösen in der Regel Jodkali und später, besonders bei gleichzeitiger Amenorrhoe, Eisenpräparate. Bei chronischer (recidivirender) Iritis und hinteren Synechien wurde zweimal die Iridektomie mit gutem Erfolge ausgeführt.

Eine alte Frau, die in Folge eines gewaltigen Stosses (mit einem Kuhhorn) das linke Auge verloren hatte, kam sieben Wochen später, zu einer Zeit, wo der entzündliche Process in dem atrophisch gewordenen Auge noch nicht erloschen war, mit frischer Iridochorioiditis (sympathica) des rechten Auges auf die Klinik. Die gewöhnliche, rein antiphlogistische Behandlung war hinreichend, in weniger als drei Wochen jedes Entzündungs-Symptom zu beseitigen, sie wurde daher geheilt entlassen. Fünf Monate darauf kam sie jedoch mit einer heftigen Irido-Chorioiditis desselben Auges wieder auf die Klinik. Die Pupille war schon durch Exsudat verlegt, der Bulbus bedeutend weicher. Die unter solchen Umständen ausgeführte Iridektomie wurde von einer starken Blutung aus den Irisgefässen begleitet und hatte bloss auf die vorhandene Entzündung einen günstigen Einfluss.

Ein einziges Individuum, wie aus der tabellarischen Uebersicht ersichtlich, wurde ungeheilt entlassen.

Es war dieses ein 11jähriges, scrophulöses Mädchen, bei welchem seit drei Jahren Hornhautstaphylom und Erweichung des rechten und eine ektatische, mit vorderer Synechie verbundene excoriirte Hornhautnarbe nebst frischer Iritis und Hypopium des ebenfalls schon erweichten linken Auges (in welchem es bloss Lichtempfindung hatte) bestand. Es war somit ein sehr complicirter Zustand bei einem herabgekommenen Individuum. Um einerseits den Eiter und den blutig gefärbten Humor aqueus zu beseitigen und andererseits um die bestehende, aber grösstentheils durch die Hornhautnarbe verdeckte Pupille bleibend zu erweitern, und somit das Sehvermögen zu bessern, wurde die Ausschneidung eines Irisstückes vorgenommen. Schon bei der Operation bemerkte man eine ungewöhnliche Blutung der Irisgefässe und zwei Tage später trat trotz der energischen Antiphlogose heftige Chorioiditis mit bedeutendem Fieber ein, die Pupille wurde verschlossen, der letzte Rest von Lichtempfindung gieng verloren. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Doppelmord.

Mitgetheilt von Dr. ***Schumacher***, k. k. Prof. in Salzburg.

(Fortsetzung.)

B. Innere Untersuchung.

17. Der Wunden.

Die Wunde a) dringt bis an das Schläfen- und Hinterhauptbein, an welchem ein $1\,{}^1/_2''$ langer und $^1/_2'''$ tiefer, der Form der Wunde entsprechender Einschnitt zu sehen, am hinteren Ende desselben eine $^1/_2''$ lange und $1\,{}^1/_2'''$ breite Knochenlamelle abgesprengt ist. Das vom Hinterhauptbein abgelöste hintere Ende des unteren Wundrandes führt in einen, zwischen dem kappen- und bauschähnlichen Kopfmuskel, nahe unter dem Anheftungspuncte in schiefer Richtung nach ab- und rückwärts verlaufenden $1\,{}^1/_4''$ breiten und $2''$ langen Canal, der mit der Wunde c) communicirt und in den Wundcanal b) nächst dem Eingange mündet.

Die Wunde b) führt zu einem $7\,{}^1/_2''$ langen, $1\,{}^1/_4''$ breiten und nur gegen das Ende schmäleren Canal, dessen Verlauf durch das in demselben gesteckte Messer bestimmt ist. Die verletzten Gebilde sind: der Kappen bauschähnliche Hals-, zweibäuchige und durchflochtene Nacken-, der Nackenwarzenmuskel und hintere Rippenhalter, die verschiedenen Muskelgefässe und Zweige der Halsnerven.

Die Wunde c) führt durch den Kappenmuskel in den Wundcanal a). Die Wunde d) endet mittels eines $1\,{}^1/_2''$ langen und $1\,{}^1/_4''$ breiten Canales, nächst dem vorderen Rande des Kopfnickers $^1/_2''$ unter dem Unterkieferwinkel in dem die hier gelagerten Lymphdrüsen umgebenden Zellgewebe. Die verletzten Gebilde sind: die Ohrspeicheldrüse, der Kopfnicker, Zweige der hinteren Ohr-Schlagadern und Nerven.

Die Wunden e) f) g) sind einfache Hautwunden. Die Wunden h) und i) dringen, in schiefer Richtung nach ab- und einwärts verlaufend, durch der Kopfnicker, sind $1\,{}^1/_4''$ und $3'''$ breit und enden unter demselben. Die Wunde k) lauft in schiefer Richtung nach ab- und einwärts $1''$ lang und $3'''$ breit, durchdringt den Kopfnicker und endet in dem die grossen Gefässe umgebenden Zellgewebe. Die Wunden l) und m) dringen in gerader Richtung von vorne nach rückwärts durch den Brustzungenbein- und Brustschildknorpel-M. hinter welchem sie enden. Die Wunde n) ist eine einfache Hautwunde. Die Wunde o) führt in schiefer Richtung von oben und aussen nach ab- und einwärts, $3''$ lang und $3'''$ breit, durch die mächtige Fettschichte bis zur Unterschenkelbinde. Die Wunde p) durchdringt den Kappenmuskel und verlauft unmittelbar unter demselben nach ab- und einwärts bis zum Stachelfortsatz des vierten Brustwirbels. Die Länge des Wundcanals beträgt $3\,{}^1/_2''$, die Breite $1\,{}^1/_4'''$. Die Wundcanäle a) b) c) d) und p) sind mit theils geronnenem, theils flüssigem Blute gefüllt, die nächstliegenden Gebilde mit locker geronnenem Blute infiltrirt.

18. Die Schädelweichtheile blutreich, stellenweise insbesondere am Hinterhaupte, mit geronnenem Blute unterlaufen. Die Schädeldachknochen, blutreich, sonst unverletzt.

19. Die harte Hirnhaut prall gespannt, der grosse Sichelbehälter blutleer, in der Scheitelgegend der harten Hirnhaut und Parietal-Spinnwebenhaut ein handtellergrosser Bluterguss in dünner Schichte, das Blut geronnen, die inneren Hirnhäute hie und da getrübt, serös infiltrirt, verdickt, die Venen vollgefüllt. Die gesammte Hirnsubstanz von normaler Consistenz, an den Schnittflächen serös glänzend, mit zahlreichen Blutpuncten besetzt, in den Seitenkammern etwa zwei Quentchen röthlichen Serums enthalten, die Adergeflechte blutreich, in den Blutleitern am Schädelgrunde dunkles dünnflüssiges Blut in bedeutender Menge, am Grunde selbst $^1/_2$ Unze solchen Blutes angesammelt, die Knochen daselbst unverletzt.

20. An der linken Seite des Halses die allgemeine Decke nur wenig mit Blut unterlaufen, das subcutane um die hintere Fläche der Schilddrüse und ringsum die grossen Gefässe und Nerven gelegene Bindegewebe hingegen massenhaft mit geronnenem Blute infiltrirt; Lage und Form des Kehlkopfes unverändert, das Zungenbein nicht verletzt.

21. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre streifig geröthet, diese mit schaumig-wässeriger Flüssigkeit angefüllt, die Jugularvenen dunkles, dünnflüssiges Blut in mässiger Menge enthaltend.

22. In der Brusthöhle etwas röthliches Serum angesammelt, beide Lungen ballonartig aufgetrieben, die Rippen-Abdrücke zeigend, sehr weich, elastisch anzufühlen, beim Drucke stark knisternd, das Parenchym mürbe, leicht zerreisslich, nur in den oberen Partien dunkel geröthet, aus den Schnittflächen eine bedeutende Menge trüber, stark schäumender, wässeriger, nur in den oberen Partien blutig gefärbter Flüssigkeit ergiessend.

23. Der Herzbeutel leer, in den Herzhöhlen und in den grossen Gefässen etwas dunkles, dünnflüssiges Blut in geringer Menge enthaltend; sonst die Grösse und Structur des Herzens regelrecht.

24. Die Leber gross, blutleer, die Gallenblase zur Hälfte mit Galle gefüllt, Milz und Bauchspeicheldrüse normal.

25. Der Magen eine bedeutende Menge Speisenbreies, in welchem unverdaute Wurststücke und Salatblätter zu erkennen, enthaltend, dessen Schleimhaut, sowie jene der dünnen und dicken Gedärme, und deren Inhalt normal.

26. an den Nieren und der leeren Harnblase nichts Bemerkenswerthes.

27. Die Eierstöcke mit einigen erbsengrossen Wasserblasen besetzt, die Gebärmutter faustgross, in der Substanz am Grunde nächst der rechten Seitenwand ein ganseigrosses Fibroid eingebettet, die Schleimhaut verdickt mit zähem, trüben Schleim belegt.

28. An den Genitalien weder die Merkmale der Menstruation, noch die eines kürzlich gepflogenen Beischlafes wahrzunehmen.

2. Leichenbefund der siebenjährigen Susanna K.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche liegt in schräger Rückenlage so in ihrem Bette, dass der Kopf der Fusswand zugekehrt ist und die Füsse über die rechte Seitenwand etwas hinausragen.

1. Die Kleidungsstücke, welche sie am Leibe hat, nämlich: ein roth carrirtes wollenes Halstuch, welches zwei 3‴ lange Schnittverletzungen zeigt, der Unterrock, die blauen Strümpfe und das Hemd sind mit Blut besudelt, insbesondere ist das Hemd am oberen Theile von Blut durchtränkt und auch das Bettgewand unter dem Kopfe stark mit Blut beschmutzt.

3. Der Körper dem Alter entsprechend entwickelt, gut genährt.

4. Einzelne Partien des behaarten Schädels, die linke Ohrmuschel, das Gesicht, der Hals, der obere Theil der Brust, der Nacken, die obere Partie des Rückens und die obere Fläche der Oberschenkel sind mit vertrocknetem Blute belegt.

5. Die allgemeine Decke hellweiss, die hintere Körperfläche mit zahlreichen, violettrothen Todtenflecken besetzt, die Todtenstarre unbedeutend, an den oberen und unteren Extremitäten noch deutliche Spuren der Masern zu sehen.

6. Ein rothbrauner, sugillirter Streif beginnt in der Jochbeingegend in der Nähe des rechten äusseren Augenwinkels, verlauft quer über die Nase und endet am linken äusseren Augenwinkel; stecknadelkopfgrosse sugillirte Hautabschärfungen befinden sich am unteren Theile der linken Jochbeingegend und an der rechten Backe, 1 Zoll vom rechten Mundwinkel entfernt.

7. Die Wunde a) beginnt in der oberen Zungenbeingegend nächst und unter dem linken Unterkieferwinkel, von wo sie in schiefer Richtung nach ab- und einwärts länft, ist $^1/_2$″ lang, klafft 2‴ weit und hat scharfe Ränder und abgerundete Winkel.

Die Wunde b) lauft von der Mitte der linkseitigen Halsgegend über und etwas hinter dem vorderen Rande des Kopfnickers in schiefer Richtung von oben und aussen nach ab- und einwärts, ist 3″ lang, 1‴ klaffend mit scharfen Rändern und Winkeln. Die Wunde c) beginnt am unteren Ende der rechtseitigen Nackengegend $1^1/_4$″ von der Mitte der Wirbelsäule entfernt, verläuft schief von oben und innen nach ab- und auswärts, ist $^1/_2$″ lang, klafft $1^1/_2$‴ und hat scharfe Ränder und Winkel. Sämmtliche Wundränder sind weder geschwellt, noch geröthet, beim Umwenden der Leiche fliesst aus den Wunden etwas dünnflüssiges Blut.

8. Die zahlreichen Kopfhaare sind dunkelbraun, lang, die Augen geschlossen, die Cornea ist getrübt, die Ränder der Nasenlöcher mit vertrocknetem Blute belegt, der Mund etwas geöffnet, die Zunge zwischen den Zähnen eingeklemmt, die Mundschleimhaut blass, der Hals nicht ungewöhnlich beweglich, der Brustkorb gut gewölbt, der Bauch weich anzufühlen, eingesunken, an den oberen und unteren Extremitäten, sowie an der Rückfläche nichts Bemerkenswerthes.

9. Sonst am übrigen Körper nach wiederholt vorgenommener genauer Besichtigung keine Spur einer anderweitigen erlittenen Gewaltthätigkeit.

B. Innere Untersuchung.

10. Die Schädelweichtheile blutleer, die Schädelknochen unverletzt, der grosse Sichelbehälter blutleer, die inneren Hirnhäute stellenweise getrübt, serös infiltrirt. Das Gesammthirn blutleer, von normaler Consistenz, in den Seitenkammern etwas klares Serum enthalten, die Adergeflechte blass, die Schädelgrundblutleiter leer.

11. Die Schilddrüse normal, die Kehlkopfs- und Luftröhrenschleimhaut blass.

12. Die Wunde a) führt zu einem $7^1/_2$″ langen, $^1/_2$″

breiten, gegen das Ende sich verschmälernden Canal, der schief nach ab- und einwärts verlaufend das hier befindliche Zellengewebe durchdringt, am unteren Rande der Unterkieferdrüse vorbeigleitet, die Vena jugularis externa durchschneidet und nächst dieser im Zellgewebe endet.

Die Wunde b) führt zu einen 1½″ langen und 3‴ breiten in schiefer Richtung von ab- und einwärts vor der Vena jugularis interna laufenden und an der hinteren Fläche der Schilddrüse endenden Canal.

Die Wunde c) führt zu einer in sanft schiefer Richtung von rück- und vorwärts durch die hier gelagerten Kopf- und Nackenmuskeln 2″ lang und ½″ breit gegen die Wirbelsäule verlaufenden und unter dem hinteren Rand des Kopfnickers endenden Canal. Sämmtliche Wundcanäle sind mit geronnenem Blute ausgefüllt und die angrenzenden Partien mit solchem Blute infiltrirt.

13. An der rechten Halsseite ist das die grossen Gefässe und Nerven umgebende, sowie das an der vorderen Wirbelfläche gelagerte Zellgewebe nach abwärts bis zum Brustfellsacke massenhaft mit locker geronnenem Blute infiltrirt, und der Querfortsatz des 4. und 5. Halswirbel splitterig gebrochen.

14. Die Lungen collabirt, frei, schlaff, blutleer, der rechte obere Lungenlappen emphysematös, im Herzbeutel etwas klares Serum angesammelt, das Herz schlaff, in den Höhlen etwas flüssiges Blut enthalten.

15. Die Leber und die Milz blutleer, in der Gallenblase beiläufig, ein Quentchen dünnflüssiger Galle enthalten, der Magen und die Gedärme, sowie deren Inhalt, die Nieren und die leere Harnblase normal.

16. Die harte Rückenmarkshaut in der Gegend des 4. und 5. Halswirbels mit geronnenem Blute unterlaufen.

3. Beschreibung der Messer.

Das Messer α), welches im Nacken der Helena K. steckte, ist ein gewöhnliches Tischmesser, 10″ lang, wovon auf das hölzerne, mit 3 eisernen Stiften befestigte Heft 4½″ entfallen. Der Rücken der Klinge ist geradlinig, schmal und glatt, auf einer der beiden glatten Seitenflächen befindet sich die Marke: A r e s e r. Die Spitze und Schneide sind sehr scharf, wie es scheint, frisch geschliffen. Die Breite der Klinge von der Spitze gegen das Heft gemessen, beträgt auf 3″ Distanz ¾″, von da bis zum Heft 1″. Das ganze Messer ist mit Blut besudelt. Dieses Messer lag den 13. Juli Abends auf einem kleinen Tische im Vorzimmer.

Das Messer β), welches bei der Hausdurchsuchung in der Küche aufgefunden wurde, ist ein Fleischmesser, 9½″ lang, wovon 4″ auf das hölzerne, mit 3 eisernen Stiften befestigte Heft entfallen. Der Rücken der Klinge ist geradlinig glatt und schmal, die Seitenflächen sind glatt, ohne Marke, Spitze und Schneide nicht sonderlich scharf, diese in der Mitte von der Abnützung concav. Die Klinge misst von der Spitze gegen das Heft zu auf 3″ Distanz, ½ Zoll; von da bis zum Heft ¾″. Das ganze Messer ist rein.

Nachdem die Wunden h), i), k), l), m) und o) an der Leiche der Helene K. und die 3 Wunden an der Leiche der S. K. nach ihren Dimensionen beurtheilt, mit dem Messer α), welches im Nacken der Helene K. steckte, nicht zugefügt worden sein konnten, das Messer β) aber nach seinen Dimensionen wohl hiezu geeignet, jedoch anscheinend zu stumpf erschien, so wurde selbes in das Gesäss der Susanna K. eingesenkt, wodurch dem oben Erwähnten ganz ähnliche Wunden erzeugt wurden.

Die beiden Messer wurden zu Gerichtshanden genommen.

4. Beschreibung der Haare, welche am linken Vorarm und an der linken Hand der Helena K. klebten.

Diese Haare sind nach ihrer Länge, Fein- und Weichheit und ihrem Glanze zu schliessen, Frauenhaare. Zwei dieser Haare erscheinen beim oberflächlichen Besehen blond, bei näherer Betrachtung bemerkt man, dass sie mit Blut übertüncht sind. Nach Abwaschung mit Wasser tritt die graue Farbe deutlich hervor; die übrigen Haare sind schwarz; allen diesen Haaren fehlt der Zwiebel, sie wurden daher höchst wahrscheinlich abgeschnitten.

Aus diesem Befunde ergibt sich, dass diese Haare vom Kopfe der Helena K. entlehnt sind, wahrscheinlich bei Beibringung der Kopfwunde a) abgeschnitten wurden und beim Hinaufgreifen der Verwundeten auf diese Wunde an der Hand am Vorderarm kleben blieben. (Fortsetzung folgt.)

B. Facultätsangelegenheiten.

In der am 21. d. M. stattfindenden Plenar-Versammlung des Doctoren-Collegiums wird

1. eine Discussion über Rilliet's Jodismus von den Herren Doctoren Kluky, Moriz Haller und Herzfelder eröffnet werden.
2. Dr. Schuller wird über haereditaere Syphilis,
3. Dr Polak über die von ihm in Persien beobachteten Augenkrankheiten sprechen,
4. Dr. Melicher wird ein von ihm schon seit Jahren verwendetes Tourniquet demonstriren.

In das Comité, welches die Wahlangelegenheiten zu berathen und den ärztlichen Stand bei den in Aussicht stehenden Gemeinderathswahlen zu vertreten hat, wurden gewählt, nach der Reihenfolge der Stimmenzahl, die Herren Doctoren: Wittelshöfer, Patruban, Dumreicher, Schauenstein, Nusser, Innhauser, Moos, Striech, Haller Carl, Schlager, Aitenberger, Kraus, Lorinser, Blodig, Klob und Helm.

Nachdem die Herren Doctoren: Helm, Dumreicher, Patruban, Nusser, Blodig und Creutzer die Wahl wegen Mangel an Zeit abgelehnt haben, so wurde nach Massgabe der Stimmenzahl die nächst folgend Gewählten eingereiht, so dass das Comité dermalen aus folgenden Mitgliedern besteht: DDr. Wittelshöfer, Schauenstein, Innhauser, Moos, Striech, Haller Carl, Schlager, Aitenberger, Kraus, Lorinser, Klob, Chrastina, Preyss, Flechner, Viszanik und Standhartner. — Am 18. d. M. wird das Comité seine erste Sitzung in der Facultätskanzlei um 6 Uhr Abends abhalten.

In der Sitzung des leitenden Ausschusses für wissenschaftliche Thätigkeit, welche am 12. d. M. stattfand, stellte Herr Dr. Schlager den Antrag, die Anzahl der diesen Ausschuss bildenden Mitglieder von 9 auf 12 zu erhöhen, da nach dem Principe der Theilung der Arbeit und bei dem Umstande, dass in dem weiten Gebiete der Heilkunde einzelne Fächer nur durch Specialisten würdig vertreten werden können, eine Erwerbung von neuen Kräften höchst fördernd auf das Gedeihen des zu erreichenden Zieles einwirken dürfte. Es wurde dieser Antrag einstimmig angenommen und beschlossen, die diessfälligen Schritte behufs der Genehmigung des Antrages im Plenum einzuleiten. In der Plenarversammlung am 21. d. M. soll hierüber entschieden werden.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Am 16. d. M. Abends 6 Uhr fand die Installation des neugewählten Rectors der Universität, Hofrath Oppolzer, statt. Hatte schon der gefeierte Name des geliebten klinischen Lehrers und berühmten Arztes ausser den offiziell geladenen Gästen eine grosse Menge Studierender und Collegen aller Facultäten versammelt, so dürfte auch der Umstand, dass dieses akademische Fest in dem grossen Saale, welcher der Universität seit dem verhängnissvollen Jahre 1848 verschlossen geblieben war, beigetragen haben, diesem Feste eine besondere Weihe zu geben. Die von dem, mit enthusiastischem Zuruf empfangenen neuen Rector gehaltene Festrede beleuchtete die Bedeutung der Lehr- und Lernfreiheit für die freie Entwicklung der Hochschulen und bewies, wie gerade die freisinnigste Handhabung dieses Grundsatzes unerschütterliche Bürgschaft für den wahren Fortschritt, für die politische Ruhe und das Gedeihen des Staatslebens leiste; ein Aufruf an die studierende Jugend, diese wolle durch volles Erkennen der Bedeutung der Lernfreiheit die Bemühungen der Universitätslehrer kräftig unterstützen, wurde von der Versammlung, weil vom Herzen kommend und zum Herzen gehend, mit donnerndem Beifall aufgenommen. — Mögen die von dem Festredner gehegten, eben so tief gefühlten, als warm gesprochenen Worte in Erfüllung gehen, möge der Mahnruf, welcher von der Rednerbühne an die versammelte akademische Jugend ergieng, durch brüderliche Eintracht mit Beiseitesetzen der confessionellen und nationalen Differenzen dem einen erhabenen Zwecke zuzustreben, im vollsten Sinne des Wortes zur Wahrheit werden! Möge der, in dem bedeutungsvollen Jahre 1865, welches das ein halbes Jahrtausend ausfüllende Bestehen unserer Hochschule feiern wird, die Insignien der höchsten akademischen Würde übernehmen werdende, abermals aus dem Schosse der medic. Facultät zu wählende Rector die noch in zarter Entwicklung stehende Saat in üppigem Flor der vollen Reife nahe finden! Möge bis dahin unsere dermalen obdachlose Hochschule — das Universitätsgebäude ist nemlich jetzt der Akademie der Wissenschaften eingeräumt — in einem stattlichen Gebäude ihre Unterkunft gefunden haben, auf dass die dieses grossartige Jubiläumsfest begehenden akademischen Bürger im eigenen Hause, am heimischen Herd tagen können! Wolle es dem in der vollen Manneskraft stehenden, mit einer seltenen Begabung und einem thatkräftigen Wollen auftretenden neuen Rector gelingen, die ersten Wege zur Erreichung dieser und der übrigen erhabenen Zwecke glücklich anzubahnen!

Mehrere im allgem. Krankenhause bedienstete Aerzte haben beschlossen, einen Leseverein mit Statuten, ähnlich dem im politisch-juridischen Vereine seit Jahren bestehenden, zu begründen. Dem Vernehmen nach sollen bei 100 Collegen beigetreten und es sollen auch die nöthig werdenden behördlichen Schritte bereits eingeleitet worden sein. Das Lesecasino soll in dem, dem allgemeinen Krankenhause sehr nahe gelegenen, erst kürzlich eröffneten und von den Medicinern, eben wegen der grossen Nähe mit Vorliebe besuchten Café Schwab erstehen. Es ist bedauerlich, dass ein solcher, die gegenseitige Annäherung und das echt collegiale Zusammenwirken gewiss fördernder Verein erst jetzt zu Stande kömmt, da doch schon vor Jahren im Ausschusse des Doctoren-Collegiums für wissenschaftliche Thätigkeit ein ganz ausgearbeiteter Vorschlag des Herrn Medicinal-Rathes Preyss zur Berathung gekommen war, einen Leseverein in dem Locale der Facultätskanzlei zu eröffnen und so die in einer bedeutende Zahl durch das Facultätsjournal gewonnenen Zeitschriften zur Benützung gelangen zu lassen. Leider wurde dieser schon damals sehr zeitgemäss gewesene Antrag ad acta gelegt.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgem. Krankenhause wurden vom 8. bis 14. Jänner inclusive 423 Kranke (um 3 mehr, als in der Vorwoche) aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2082 und 2160 und war am 14. d. M. 2082 (1198 Männer, 884 Weiber). Lungentuberculose, katarrhalische Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungsorgane, sowie Rheumatismen waren vorherrschend, Typhen in geringerer Anzahl zur Aufnahme gekommen.

Mortalitäts-Ausweis für Wien vom Monat Dezember 1860. Die Zahl der Sterbefälle hat um 213 zugenommen; es starben nämlich 1248 Personen, 668 männlichen und 580 weiblichen Geschlechtes, daher im Tages-Durchschnitte 40.2. (Im November belief sich derselbe auf 34.5, im December v. J. auf 41.9.) In Bezug auf die epidemischen Krankheiten fiel eine beträchtliche Steigerung des Typhus mit 69 Verstorbenen um 41, und eine geringere des Scharlachs mit 24 Verstorbenen um 3, und der Dysenterie mit 8 Verstorbenen, um 4 auf, während die Blattern mit 2 Todesfällen auch in diesem Monate (um 3) abgenommen hatten. An der Pneumonie waren 55 (um 19 mehr), an der Lungentuberculose 215 (um 23 mehr) gestorben.

Erledigung.

Die Errichtung eines dritten chirurgischen Gewerbes in der Gemeinde Hernals ist durch einen Erlass der n. ö. Statthalterei bewilliget. Bewerber haben die Gesuche bis 15. Februar d. J. im Bezirksamte Hernals einzubringen.

Preisbewerbungen.

Frankreich. Paris. Für die nächsten drei Jahre stehen bei der Academie de Médecine folgende Preise zur Bewerbung aus:

A. Für 1861.

1. Akademischer Preis: Ueber desinficirende Mittel und ihre Anwendung auf die Therapie (Preis 1000 Frs.).

2. Portal'scher Preis: Ueber die purulente Entzündung der Lymphgefässe und ihren Einfluss auf den Organismus (1000 Frs.).

3. Civrieux'scher Preis: Ueber Angina pectoris (2000 Frs.).

4. Capuron'sche Preise: a) Ueber den Einfluss, welchen die Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft auf die Constitution und die Gesundheit des Kindes ausüben können (1000 Frs.). b) ein Preis von 1000 Frs. für die beste in neuerer Zeit veröffentlichte Schrift über Heilquellen.

5. Barbier'scher Preis. Derselbe, zum Betrage von 4000 Frs., soll dem Entdecker eines sicheren Heilverfahrens gegen eine bisher für unheilbar gehaltene Krankheit ertheilt werden. Findet sich ein für den Preis berechtigter Concurrent nicht, so sollen Diejenigen, welche sich dem postulirten Ziele auch nur genähert haben, Ermunterungsprämien erhalten.

6. Itard'scher Preis von 3000 Frs. für die beste Schrift aus dem Gebiete der medicinischen Klinik oder praktischen Therapie. Die Schrift muss, um durch die Erfahrung Bewährung gefunden zu haben, seit mindestens zwei Jahren veröffentlicht sein.

7. Amussat'scher Preis von 1000 Frs. dem Entdecker eines wichtigen Fortschrittes im Gebiete der praktischen Chirurgie. Zur Bewerbung werden nur Arbeiten zugelassen, welche schon bei anderweitigen Concursen der Akademie oder des Institutes gekrönt worden sind.

B. Für 1862.

1. Akademischer Preis: Welches ist der natürliche Entwicklungsgang der verschiedenen Arten von Pneumonie unter den verschiedenartigen physiologischen Individualitäs-Verhältnissen der Kranken, und welchen Werth kann man der exspectativen Methode bei der Behandlung dieser Krankheitsformen beilegen. Die betreffende Untersuchung muss auf klinischen Thatsachen basiren (Preis 1000 Frs.).

2. Portal'scher Preis. Die unerledigt gebliebene Preisfrage wird nochmals zur Bewerbung aufgestellt: Ueber die Gefässobstructionen der Lunge, ihr anatomisches Verhalten, ihre Ursachen, unmittelbaren und mittelbaren Folgen, ihre Symptomatologie, ihren Heilungsvorgang und ihre Behandlung (600 Frs.).

3. Civrieux'scher Preis: Welchen Antheil hat das psychische Heilverfahren (médecine morale) an der Behandlung der Nervenkrankheiten (2000 Frs.).

4. Capuron'scher Preis: Ueber den Pemphigus neonatorum (1000 Frs.).

5. Barbier'scher Preis (wie oben).

6. Orfila'scher Preis. Die unerledigt gebliebene Preisfrage wird wiederum zur Bewerbung gestellt: Welches sind die allgemeinen, namentlich dem Laien zugänglichen Kennzeichen der giftigen Pilze, und welchen Einfluss üben Klima, Sonne, Boden- und Cultur-Verhältnisse und Jahreszeit auf die giftige Beschaffenheit der Pilze aus; ist es möglich, den Giftstoff aus den Pilzen zu entfernen oder ihn zu neutralisiren; welche Wirkungen äussern die Giftpilze auf den Organismus und durch welche Mittel kann prophylactisch und therapeutisch gegen die Vergiftungs-Symptome gewirkt werden? (4000 Frs.)

C. Für 1863.

1. Argenteuil'scher Preis. Derselbe kommt alle sechs Jahre zur Vertheilung und wird dem Autor des bedeutendsten Fortschrittes in der Behandlung der Harnröhren-Stricturen zuerkannt; der Betrag des Preises erreicht dieses Mal die Summe von 12.000 Frs.

Die für 1861 eingehenden Bewerbungsschriften sind bis zum 1. März d. J. an die Akademie einzusenden und müssen in französischer oder lateinischer Sprache abgefasst sein. Bewerber, welche direct oder indirect ihre Namen kenntlich machen, sind von der Bewerbung ausgeschlossen; Ausnahmen von dieser Bestimmtheit bilden die Itard'schen, Barbier'schen, Amussat'schen Preisfragen, so wie der zweite Capuron'sche Preis.

Druck von Anton Schweiger in Wien.